

ANNEE 1937

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Carlos Manuel de ROJAS

Né le 12 Octobre 1911, à PEDRO-BETANCOURT, Mtz ; (Cuba)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LA KÉRATO-CONJUNCTIVITE PHLYCTÉNULAIRE DANS LE CADRE DES STADES DE L'INFECTION TUBERCULEUSE

TRAVAIL DU SERVICE DU PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE BERNARD
(HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE)

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1937

ANNEE 1937

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Carlos Manuel de ROJAS

Né le 12 Octobre 1911, à PEDRO-BETANCOURT, Mtz ; (Cuba)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LA KÉRATO-CONJONCTIVITE
PHLYCTÉNULAIRE DANS LE CADRE
DES STADES
DE L'INFECTION TUBERCULEUSE

TRAVAIL DU SERVICE DU PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE BERNARD
(HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE)

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1937

I. — Professeurs

MM	
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	ERUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TUFINÉAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
	Maur. VILLARET
	LOEPER
	CARNOT
Clinique médicale	Marcel LABBE
	CLERC
	LEREBoullet
	NOBECOURT
	H. CLAUDE
	GOUGEROT
	GUILLAIN
	LEMIERRE
	CUNEO
	GOSSET
	GRÉGOIRE
	LENORMANT
	FERRIEN
	MARION
	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
	MOCQUOT
	OMBREDANNE
	RATHERY
	LEMAITRE
	Pierre DUVAL
	SERGEANT
	BEZANCON
	MATHIEU
	LAUBRY
	HOVELACQUE
	MILON
	OLIVIER
	VERNE
Professeurs sans chaire	

II. — Agrégés en exercice

MM		MM.	
AMELINE.....	Pathologie chirurgicale	DE GAUDART	
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
BENARD Henri	Pathologie médicale.	DE GENNES...	Pathologie médicale.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...	Pathologie médicale
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale	HUGUENIN	Anatomie pathologique
FEY	Pathologie médicale.	JOANNON	Hyg.ène.
DCGNON	Physique.	LACOMME	Obstétrique
FUNCK	Urologie.	LANTUEJOL..	Obstétrique
BRENTANO		LAROCHE Guy.	Pathologie médicale
GASTINEL	Pathologie chirurgicale	LELONG	Pathologie médicale
GALLIARD	Parasitologie		
CHEVALLIER ..	Bactériologie		



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) .	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS....	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.

IV — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM

ALAJOUANINE	}	Clinique médicale
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR		
VALLERY-RADOT		
SEZARY		

MM

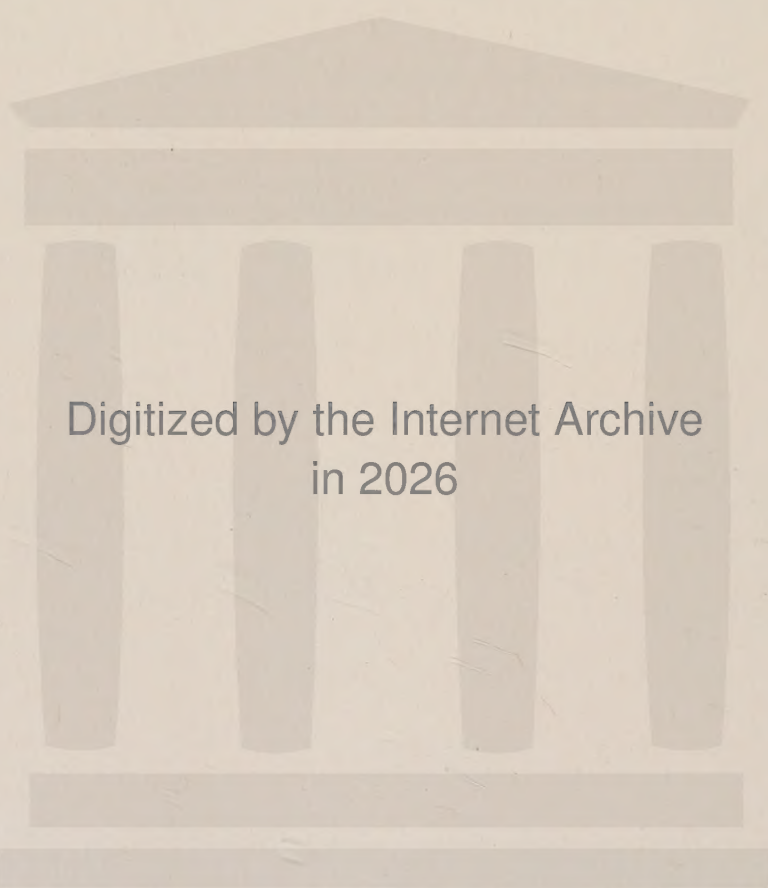
BASSET	}	Clinique chirurgicale
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER .		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER		
ECALLE	/	Clinique obstétricale.
LE LORIER		
LEVY SOLAL ...		
METZGER		

V — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
PHILIBERT, agrégé. . .	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE
In memoriam

A MA MERE

*Dont la tendre sollicitude, toujours en
éveil, toujours prompte à s'affirmer, ne
se démentit jamais.*

Faible gage de mon immense affection.

A MA SŒUR

A MA FIANCEE

A MA FAMILLE

A MES AMIS ET CAMARADES D'ETUDES

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur F. BEZANÇON

Professeur de Clinique de la Tuberculose
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu me faire le très grand
honneur d'accepter la présidence de cette
thèse. Hommage d'admiration et de pro-
fond respect.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur Etienne BERNARD

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de la Salpêtrière
Chevalier de la Légion d'Honneur

*C'est à lui que je dois le sujet de cette
thèse. Ses conseils éclairés m'ont permis
de la mener à bien.*

*Pendant mon séjour dans son Service,
il n'a cessé de me faire profiter de son
expérience et m'a donné des marques de
la plus bienveillante affection.*

Je l'assure ici de ma vive gratitude.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Monsieur le Docteur A. BAUMGARTNER

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

*En témoignage de ma respectueuse
admiration et de ma profonde reconnais-
sance pour l'enseignement que j'ai reçu
dans son Service pendant mon année
d'Externat.*

Monsieur le Docteur P. BANZET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*Qu'il trouve ici l'expression de ma gra-
titude et de mon entier dévouement.*

Messieurs les Docteurs :

H. GRENET

G. MILIAN

E. DONZELOT

Médecins des Hôpitaux de Paris

G. ECALLE

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Hommage respectueux.

Monsieur le Docteur G. POIX

*Témoignage d'affectueuse reconnais-
sance.*

A MES CONFERENCIERS D'EXTERNAT
ET D'INTERNAT :

Monsieur Louis VILDE

Interne des Hôpitaux de Paris

*Dont l'aide et les conseils ont été pour
moi le plus précieux encouragement.
Hommage d'amitié et de reconnais-
sance.*

MM. César NARDI

Robert FLOURENS

André MONSAINGEON

Internes des Hôpitaux de Paris

A MON AMI

Fernando VELEZ PAIZ

Interne des Hôpitaux de Paris

*Pour la franche amitié qu'il m'a tou-
jours réservée.*

INTRODUCTION

Sous les conseils de notre Maître, M. le Professeur agrégé Etienne BERNARD, nous entreprenons aujourd'hui une contribution à l'étude de la *kérato-conjonctivite phlycténulaire dans le cadre des différents stades de l'infection tuberculeuse*. En nous permettant de recueillir quelques observations dans son Service de Phthisiologie de la Salpêtrière, M. Etienne BERNARD nous a guidé dans l'étude de cette question.

Le but de notre modeste travail est de contribuer à montrer les rapports et l'importance considérable du terrain tuberculeux chez les phlycténulaires; intérêt non seulement diagnostique, mais aussi pronostique et thérapeutique, car il ne s'agit pas seulement de traiter une Kératite phlycténulaire, affection en elle-même relativement bénigne, mais de chercher chez ces malades, l'existence possible d'une tuberculose latente ou plus rarement en évolution, en vue de grouper les éléments du pronostic et d'instituer un traitement judicieux.

Outre l'intérêt majeur de l'examen complet, notamment clinique et radiologique de l'appareil pleuro-pulmonaire chez ces phlycténulaires, nous montrerons la tendance à une évolution assez bénigne

de ces formes de tuberculose dans lesquelles les manifestations oculaires apparaissent.

Pour faciliter l'exposé de notre travail, nous l'avons divisé en plusieurs chapitres :

— *Historique* : Chapitre bref, où nous passerons en revue les travaux anciens et modernes les plus remarquables sur les kérato-conjonctivites phlycténulaires.

— *Observations* : Douze observations personnelles recueillies dans le Service de Phtisiologie de notre Maître, M. le Professeur agrégé Etienne BERNARD, à la Salpêtrière; ces observations concernant douze enfants tuberculeux certains ayant présenté au cours de leurs tuberculoses des kérato-conjonctivites phlycténulaires.

Il nous paraît utile de signaler que dans le Service de notre Maître Etienne BERNARD qui comprend quatre salles d'adultes (132 lits) et deux salles d'enfants, plus une crèche (68 lits), nous n'avons observé aucun cas de kératite phlycténulaire chez les adultes tuberculeux certains, alors que toutes nos observations ont été recueillies *chez les enfants* (8) *et à la crèche* (4).

— Une étude rapide, sans vouloir prétendre que ce soit une étude complète sur :

— *L'étiologie,*

— *La clinique,*

— *L'évolution et le pronostic,*

— *Le diagnostic*,
— *La pathogénie*,
— *Conclusions* enfin, où nous signalons les conclusions pratiques qui se dégagent.

Une *bibliographie* complète ce travail.

Nous tenons à exprimer ici notre profonde gratitude à notre Maître, M. le Professeur agrégé Etienne BERNARD, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse; nous tenons à lui exprimer l'hommage respectueux de notre reconnaissance, pour les précieux enseignements que nous avons puisés près de lui, et pour la cordiale bienveillance avec laquelle il nous a sans cesse accueilli dans son Service de la Salpêtrière.

Nous remercions également M. le Docteur KREIS, Médecin Assistant à la Salpêtrière, qui nous a aidé dans ce travail, et dont les conseils ont été pour nous le plus grand encouragement.

Enfin, nous ne saurions oublier notre Ami Louis VILDÉ, Interne des Hôpitaux de Paris. A lui va notre immense gratitude pour la franche amitié qu'il nous a toujours réservée, pour son aide précieuse dans l'élaboration de cette thèse et pour l'enseignement qu'il nous a dispensé sans compter pendant qu'il était notre conférencier d'Externat d'abord, d'Internat plus tard.

HISTORIQUE

De tout temps, la kérato-conjonctivite phlycténulaire, cette singulière affection, caractérisée par l'apparition d'une ou plusieurs phlyctènes siégeant de préférence sur le limbe ou dans le voisinage a dû frapper l'esprit des observateurs.

Déjà en 1912, elle faisait l'objet de la thèse de GOULFIER, de Paris; cet auteur dans un travail remarquable envisageait l'étiologie de la kérato-conjonctivite phlycténulaire et concluait à la fréquence de l'affection dans les milieux sociaux pauvres.

Il signalait aussi le rôle étiologique important de la scrofule et de la tuberculose et se demandait si la kératite phlycténulaire devait être en définitive considérée comme une manifestation de bacillose atténuée ou bien si elle n'était qu'une affection banale évoluant sur un terrain spécial, le plus souvent scrofulo-tuberculeux.

Un peu avant GOULFIER, WEEKERS, de Liège, en 1911 avait publié de nombreux travaux sur la kératite phlycténulaire et en particulier sur sa pathogénie; WEEKERS pensait que les phlyctènes devaient vraisemblablement rentrer dans le cadre de la tuberculose; puis, en faveur de son hypothèse examina 156 enfants phlycténulaires, chez lesquels il trouva 91 p. 100 de cuti-réactions positives. Le même exa-

men fut fait chez 58 adultes et donna un résultat de 55 p. 100 de cuti ++ ; c'était déjà un fort argument en faveur de la Tuberculose au cours de la kératite phlycténulaire.

Puis des années passent sans que la kérato-conjonctivite phlycténulaire ait fait l'objet de travaux importants, et c'est ainsi que l'on arrive en 1923, où paraît dans la *Revue de la Tuberculose* la communication de RIST et CHAILLOUS sur la tuberculose primitive de la conjonctive; RIST et CHAILLOUS apportent l'observation d'un enfant de sept ans dont les manifestations oculaires (il n'est pas sûr qu'il s'agisse d'une kérato-conjonctivite phlycténulaire) et l'adénopathie prétragienne importante avec œdème, avaient été, d'après ces auteurs, le point de départ de la tuberculisation, et le principal argument qu'ils invoquaient c'était l'énorme réaction ganglionnaire qui d'une façon générale et quelle que soit la localisation tuberculeuse accompagne toujours les primo-infections.

Cinq ans plus tard, en 1928, paraissaient, dans la *Revue de la Tuberculose* toujours, les travaux de PÉLISSIER et VALTIS sur un cas d'infection tuberculeuse humaine à point d'entrée oculaire; et l'article de COURCOUX « L'infection tuberculeuse par l'œil et présentation de calcifications ganglionnaires » à propos de la communication de PÉLISSIER et VALTIS. Comme on voit précédemment, tous ces auteurs croyaient à l'importance des rapports entre la Tuberculose et la kérato-conjonctivite phlycténulaire.

Mais, c'est surtout en 1932, dans la thèse de LOISON

de Lille, et dans le mémoire de LOISON, PIERRET et BRETON, publié en 1933, dans les *Archives de Médecine des Enfants*, que l'on trouve le rôle majeur, prépondérant, de la Tuberculose dans les kératites phlycténulaires. Ces auteurs ont insisté sur la nécessité de faire un examen pulmonaire complet, surtout un examen radiologique du thorax; un interrogatoire minutieux (notions de contagion et d'antécédents bacillaires) et ont souligné l'importance de la cuti-réaction à la tuberculine. Ils apportent huit observations personnelles de huit petits phlycténulaires, avec schéma radiologique à l'appui. Depuis lors, les travaux se succèdent, en 1933, F. TERRIEN dans ses « Remarques sur la tuberculose irido-ciliaire » conteste la possibilité de tuberculose oculaire primitive, mais dit que le terrain tuberculeux ou scrofuleux paraît une condition indispensable à son développement.

MARFAN, en 1934, fait remarquer que sur l'œil la scrofule détermine la kératite phlycténulaire; par ailleurs, il dit qu'il n'a pas rencontré un vrai cas de kératite phlycténulaire avec cuti-réaction négative, et que si l'on a observé quelques exceptions à cette règle, c'est qu'il ne s'agit pas de vraie kératite phlycténulaire ou que les sujets sont dans un état d'anergie cutanée passagère.

Citons enfin les travaux plus récents de LAGRANGE en France, ceux de SIWE (*Acta medica Scandinava* 8 : 225-264, 35) et de BUENAFONTANA URIARTE (*Rev. de Tisiol. Pract.* I : 152, 154, Aug. 35) à l'étranger.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBS. 1. — Le S. Fr., née le 10 avril 1934.

Contact. — Contaminée par le père qui a fait plusieurs hémoptysies et a été hospitalisé pour une lobite supérieure droite.

Début clinique : pulmonaire.

Observations : en février 1936, coqueluche suivie d'amaigrissement important.

Manifestations oculaires : en mars 1936, un mois après la coqueluche, kératite phlycténulaire bilatérale avec prédominance à droite.

Manifestations pulmonaires : entre dans le Service en juillet 1936 pour cuti-réaction +. Les manifestations oculaires persistent.

En ce moment : bacilloscopie, à l'examen direct et après homogénéisation : négative.

Poids : 9 kgs 900.

Température subfébrile.

Radiographie : réaction hilaire droite, travées inter-cléido hilaires des deux côtés.

Actuellement (le 10 février 1937) : départ pour Forges-les-Bains.

Température à 37-37°6.

Poids : 12 kgs, en augmentation.

Radiographie : persistance de l'image radiologi-

que avec en outre quelques petites calcifications hilaires.

OBS. II. — L. G., âgée de 20 mois à son entrée dans le Service.

Contact : Mère décédée en août 1936 de Tuberculose Pulmonaire, un frère mort de méningite tuberculeuse en janvier 1937.

Début clinique : en décembre 1936, grippe, vomissements, diarrhée. La cuti-réaction est positive. Tousse depuis cette grippe. Mauvais état général. Impétigo de la face. Hospitalisée à Trousseau du 12 au 20 février 1937.

Manifestations pulmonaires : entrée à la Salpêtrière le 20 février 1937.

Poumons : pas de signes stéthacoustiques.

Poids : 6 kg. 850.

Cuti : +++.

Température : 37°5-38°.

Bacilloscopie : négative dans les selles et dans le liquide gastrique.

Radiographie : infiltration du sommet gauche et juxta-hilaire droite.

Manifestations oculaires : En mars 1937, trois mois après le début clinique, phlyctène périkératique banale gauche, guérison en 3 semaines. Puis, le 20 avril, kératite phlycténulaire droite.

Etat actuel : (20 avril 1937).

Bon état général, ne tousse plus.

Poids 8 kg. 450.

Température : 37°-37°2.

Radiographie : mêmes images que précédemment.

OBS. III. — D. P., 7 ans.

Contact : père ayant présenté une pleurésie en 1930; décédé quelques mois plus tard.

Début clinique : pulmonaire.

Manifestations pulmonaires : en décembre 1935, signes généraux de Tuberculose.

Cuti: ++.

Température: 37°.

Bacilloscopie: négative.

Radiographie: ombre homogène de la base droite.

Manifestations oculaires: en avril 1936, quatre mois après le début pulmonaire, atteinte presque simultanée des deux yeux, kérato-conjonctivite phlycténulaire double. Eczéma palpébral. Durée des manifestations: 4 mois. En mars 1937: kératite phlycténulaire droite avec œdème et eczéma palpébral.

Etat actuel (24 avril 1937):

Encore hospitalisée.

Bon état général.

Image radiologique pulmonaire en régression lente.

Au point de vue oculaire, taie cicatricielle gauche.

OBS. IV. — Dh. G., 4 ans, n'a pas reçu le B. C. G. à sa naissance.

Contact : autres enfants en nourrice, dont certains toussent.

Début clinique : ganglionnaire. En février 1935, hospitalisée à Bretonneau pour coqueluche, y reste jusqu'au 31 juillet 1935, passe alors à la Salpêtrière pour apparition de ganglions sous-maxillaires et inguinaux.

Manifestations pulmonaires : à son entrée dans le Service la cuti-réaction est vésiculeuse :

Poids : 15 kg. 550.

Température à 37° environ.

Bacilloscopie négative.

Radiographie : diminution de transparence de l'ensemble du champ pulmonaire droit. Grosse masse hilare droite, à gauche réaction hilare.

Manifestations oculaires : en février 1935, kérato-conjonctivite phlycténulaire droite. En mars 1936, kératite phlycténulaire gauche.

Observations : sortie le 9 novembre 1936 pour Brévannes.

Température normale.

Bacilloscopie négative.

Poids : 19 kg. 600, en augmentation.

Bon état général.

Dernière radiographie (août 1936), persistance de l'image radiologique.

Pas de manifestations oculaires à son départ.

OBS. V. — Br. D., 4 ans et demi.

Contact : ?

Début clinique : pulmonaire.

Manifestations pulmonaires : en août 1936, allure

brutale d'une spléno-pneumonie gauche. Un mois plus tard, pleurésie gauche ponctionnée.

Cuti ++.

Température : subfébrile.

Bacilloscopie négative.

Radio : ombre irrégulière bordant le bord gauche du cœur.

Manifestations oculaires : En octobre 1936, deux mois après le début pulmonaire, conjonctivite et kératite phlycténulaire de l'œil droit, durant dix jours.

En avril 1937, kératite phlycténulaire droite durant 10 jours.

Etat actuel : (30 avril 1937).

Encore hospitalisé.

Bon état général.

Radiographie : image en régression lente.

Oculaire : taie cicatricielle droite.

OBS. VI. — Leb. Chr., trois ans et demi.

Contact : Père mort de Tuberculose Pulmonaire en mai 1935.

Début clinique : pulmonaire.

Manifestations pulmonaires : Le 24 juin 1935 vient dans le Service du Docteur Ribadeau-Dumas envoyé par « l'Œuvre de la Protection de l'Enfance d'Enghien », pour un mauvais état général et température à 38°. En juillet 1935, épisode fébrile, température en plateau à 40° pendant cinq jours, pas de signes stéthacoustiques. La cuti-réaction est positive.

Entre dans notre Service le 1^{er} septembre 1935; à son entrée :

Cuti ++.

Température 37°5-38°.

Poids : 9 kg. 300.

Bacilloscopie négative à l'examen direct, mais l'homogénéisation se serait montrée positive.

Radiologiquement : grosse réaction hilaire droite.

Manifestations oculaires : En 1936, sans qu'on puisse préciser la date d'apparition ni la durée des manifestations, kératite phlycténulaire gauche.

Observations : le 21 février 1937, rendu à sa mère.

Poids : 14 kg. 100, stationnaire.

Température : 37°-37°2.

Bacilloscopie après homogénéisation : rouge.

Radiographie : (faite en décembre 1936), persistance de l'image radiologique, régression lente.

Pas de manifestations oculaires.

OBS. VII. — G. E., deux ans et demi : B. C. G. à la naissance.

Contact : Père décédé de Tuberculose pulmonaire.

Début clinique : ganglio-pulmonaire.

Manifestations pulmonaires : En juillet 1936, entre dans le Service du Docteur Ribadeau-Dumas envoyé par le Dispensaire de Boulogne avec le diagnostic de Tuberculose ganglio-pulmonaire.

Passé dans notre Service le 19 octobre 1936.

Température : 37°-37°8.

Poids : 14 kg. 150.

Bacilloscopie négative.

Cuti +++.

Radiographie : opacité du sommet gauche.

Manifestations oculaires : En août 1936, un mois après le début clinique pulmonaire, kératite phlycténulaire gauche de courte durée.

Etat actuel : (24 avril 1937).

Encore hospitalisé.

Etat général satisfaisant.

Poids : 16 kg. 250, en augmentation.

Radiographie : réaction hilaire gauche avec opacité de l'espace inter-cléido-hilaire du même côté.

Au point de vue oculaire : taie cicatricielle gauche.

OBS. VIII. — M. Cl., deux ans et demi, pas de B. C. G. à la naissance.

Contact : Probablement en nourrice.

Début clinique : pulmonaire.

Manifestations pulmonaires : En février 1936, entre à la Salpêtrière pour un état général médiocre.

Température subfébrile.

Cuti ++.

Bacilloscopie négative.

Poids : 7 kg. 700, stationnaire.

Radio : infiltration de tout le poumon droit avec prédominance au lobe supérieur; à gauche, rien.

Manifestations oculaires : En septembre 1936, sept mois après les premières manifestations pulmonaires, kérato-conjonctivite phlycténulaire bilatérale.

Etat actuel : (27 avril 1937).

Encore hospitalisée.

Poids : 11 kg. 800, augmente peu à peu.

Radiographie : régression lente de l'image, mais persistance encore des lésions parenchymateuses.

Oculaire : guérison sans récidives.

OBS. IX. — Cl. G., cinq ans.

Contact : avec père qui tousse et qui pendant son enfance a fait plusieurs séjours en préventorium et une cure de repos très longtemps.

Début clinique : pulmonaire.

Manifestations pulmonaires : En janvier 1937, asthénie très marquée, anorexie, toux.

Cuti + + +, phlycténulaire.

Poids 15 kg.

Température à 37°5-38°.

Bacilloscopie positive.

Radiographie : image opaque et arrondie juxtahilaire gauche.

Manifestations oculaires : Phlyctènes périkératiques à droite.

Etat actuel : (27 mai 1937).

Encore hospitalisée.

Température : 37-37°6.

Poids : 16 kg. 600, en augmentation.

Radiologiquement : persistance de l'image arrondie juxtahilaire gauche.

Pas de manifestations oculaires.

OBS. X. — G. R., quinze mois. B. C. G. à la naissance.

Contact : avec son père mort de Tuberculose Pulmonaire.

Début clinique : pulmonaire.

Manifestations pulmonaires : En juillet 1936, vient envoyé par les Enfants Assistés pour épisode pulmonaire, avec amaigrissement, vomissements, diarrhée.

A son entrée à la Salpêtrière :

Cuti +++ phlycténulaire.

Poids : 6 kg. 450.

Température 38°6.

Bacilles de Koch dans les selles.

Radiographie : diminution globale de transparence du poumon droit.

Manifestations oculaires : En février 1937, sept mois après le début pulmonaire. kératite phlycténulaire gauche de courte durée.

Etat actuel : (24 avril 1937).

Encore hospitalisé.

Bon état général.

Poids : 9 kg. 850, en augmentation.

Radiographie : à droite, importante réaction hilaire et obscurité de la région inter-cléido-hilaire.

Oculaire : guérison complète.

OBS. XI. — Lec. N., vingt-deux mois. B. C. G. à la naissance.

Contact : intime avec son père tuberculeux.

Début clinique : oculaire.

Manifestations oculaires : En juin 1936, consulte aux Enfants Malades pour une kératite phlycténulaire droite, petit ulcère central de la cornée.

A la suite d'un examen général l'enfant est envoyée à la Salpêtrière pour Tuberculose ganglio-pulmonaire.

Manifestations pulmonaires : Entrée dans le Service en juin 1936.

Cuti +.

Température 37°5-38.

Bacilloscopie : ?.

Radiographie : juxta-scissurite droite et image arrondie juxta-trachéale haute. Côté gauche à surveiller.

Par ailleurs l'enfant présente des signes de rachitisme : chapelet costal, fontanelle ouverte, gros ventre.

Etat actuel : (24 avril 1937).

Bon état général.

Poids : 10 kg. 100, en augmentation.

Radiographie : réaction hilaire ganglio-parenchymateuse à droite.

Oculaire : taie cicatricielle de la cornée droite.

OBS. XII. — Ler. P., seize mois.

Contact : Mère bacillaire, actuellement hospitalisée à Lariboisière.

Sœur de 9 ans atteinte de Bacillose pulmonaire.

Début clinique : pulmonaire.

Manifestations pulmonaires : En novembre 1936, toux et asthénie.

En janvier 1937 la toux persiste, vient dans le Service.

Cuti ++.

Poids : 9 kg. 400, stationnaire.

Température : 37°6-38°.

Bacilloscopie négative.

Radiographie : réaction hilaire droite.

Manifestations oculaires : Janvier 1937, deux mois après le début pulmonaire, kérato-conjonctivite phlycténulaire gauche, durée un mois environ.

Observations : le 2 février 1937 part à Claude-Bernard, pour varicelle.

Sans nouvelles depuis.

ÉTIOLOGIE

Avant tout rappelons que la kérato-conjonctivite phlycténulaire se manifeste par des éléments siégeant soit sur la cornée, soit sur la conjonctive, soit sur la cornée et la conjonctive à la fois. Ces éléments malgré leur nom de phlyctènes ne sont pas creux. Ils sont constitués par des amas de leucocytes et de cellules épithélioïdes.

De l'étude de nos douze observations nous pouvons conclure que la kérato-conjonctivite phlycténulaire est essentiellement une maladie de l'enfance, nous voulons remarquer que parmi les 132 adultes hospitalisés dans le Service de Phtisiologie de la Salpêtrière nous n'avons relevé aucun cas de kératite phlycténulaire. Toutes ont été observées uniquement chez les enfants (68 lits). Par ailleurs, aucun cas n'a été vu non plus chez les enfants ayant succombé à des formes graves de Tuberculose.

C'est une affection de l'enfant, de l'enfant jeune, toutes nos observations se rapportent à des sujets de moins de 7 ans, dont huit cas au-dessous de 3 ans et demi. Elle serait plus fréquente chez les filles que chez les garçons (personnellement 9 filles pour 3 garçons). La saison où l'on observe cette affection avec le maximum de fréquence est le printemps, en mars et avril.

D'autre part, nous avons observé le rôle important de la contamination puisque chez neuf de nos malades, on a trouvé une source de contamination certaine, les enfants ayant vécu pendant plus ou moins longtemps avec des parents atteints de Tuberculose pulmonaire. Le contact reste douteux dans trois de nos observations.

Quant à l'examen radiologique de la cage thoracique et aux examens de Laboratoire, leur valeur est incontestable.

Chez tous nos malades, nous avons trouvé des images radiologiques de Tuberculose pulmonaire, mais n'oublions pas qu'il s'agissait d'un Service de Phtisiologie et que c'était chez des Tuberculeux certains que nous observions l'apparition de la Kératite phlycténulaire.

En ce qui concerne, les épreuves de laboratoire les plus importantes, dans les douze cas qu'il nous a été donné d'observer, la cuti-réaction a été toujours positive, dans certains cas très fortement positive, voire phlycténulaire. La bacilloscopie (liquide retiré par tubage gastrique) a été franchement positive dans deux cas : une fois positive après homogénéisation, pour le reste on n'a pas pu mettre en évidence le bacille de Koch.

Notre thèse ayant pour but principal de situer les kératites phlycténulaires dans le cadre des différents « stades » évolutifs de l'infection tuberculeuse, nous tenons à signaler ce fait, que dans nos douze observations personnelles, les manifestations oculaires

sont apparues pour la plupart des cas, dans les six mois qui ont suivi l'apparition des premières manifestations cliniques pulmonaires.

Nous avons attiré l'attention sur les principaux faits qui se dégagent de l'étude de nos douze observations personnelles, mais avant nous, d'autres auteurs avaient insisté sur l'étude étiologique de la kérato-conjonctivite phlycténulaire.

Nous allons rapporter d'abord les étiologies les moins fréquemment données pour terminer par celle qui prime par son importance, et qu'il importe le plus d'élucider pour la pratique : la Tuberculose.

La kérato-conjonctivite phlycténulaire, autrefois dite scrofuleuse évoque aujourd'hui l'idée de bacillose : « le petit phlycténulaire serait un jeune tuberculeux en puissance. » (PIERRET et BRETON).

Hormis les causes externes, corps étrangers, agents chimiques et microbes d'une part et les maladies externes voisines de l'œil, parasites, affections du rhinopharynx, maladies éruptives et cutanées d'autre part, pouvant dans certains cas donner des kératites phlycténulaires, celles-ci reconnaissent incontestablement deux causes majeures : la Scrofulose et la Bacillose.

Les rapports de la kérato-conjonctivite phlycténulaire et la scrofule ont été connus en tout temps, et autrefois on lui donnait le nom d'ophtalmie scrofuleuse. QUADRI puis SICHEL ont montré que cette affection atteint particulièrement les enfants lymphatiques. Il est aussi certain que l'affection phlycté-

nulaire est beaucoup plus fréquente dans la classe pauvre dont la misère physiologique offre un terrain des plus favorables à l'infection. (MARX d'EPINE). AXENFELD trouva constamment chez les phlycténulaires soit des manifestations scrofuleuses coexistantes, soit des affections scrofuleuses antérieures. Il décela l'hérédité tuberculeuse chez leurs parents, scrofuleuses chez leurs frères ou sœurs.

MARFAN, dans le Paris-Médical du 10 février 1934 dit : « La kératite phlycténulaire est une des manifestations des plus précoces de la scrofule chez l'enfant, » plus loin, il ajoute, « En 1908 au cours de mes premiers essais d'ophtalmo-réaction à la tuberculine : j'avais été frappé de voir cette épreuve provoquer souvent de la kératite phlycténulaire récidivante. J'avais été ainsi conduit à regarder cette ophtalmie comme une tuberculide ce n'est que plusieurs années après, en 1921, que j'ai exprimé cette manière de voir. J'ignorais encore à ce moment que la kératite phlycténulaire avait été en 1911 l'objet de recherches importantes de la part de WEEKERS, de Liège. Lui aussi avait d'abord été frappé de la ressemblance de cette affection avec les lésions provoquées par l'ophtalmo-réaction à la tuberculine et c'est à la suite de cette constatation qu'il entreprit la série des études cliniques, histologiques et expérimentales desquelles il put conclure que la kératite phlycténulaire était une tuberculide... Pour ma part, je n'ai pas encore rencontré un vrai cas de kératite phlycténulaire avec cuti-négative. Si on a

observé des exceptions à cette règle, j'incline à penser qu'il ne s'agissait pas de vraie kératite phlycténulaire, ou que les sujets étaient dans un état d'anergie plus ou moins durable ».

Le rôle important du lymphatisme et de la scrofule paraît indéniable. La majorité des pédiatres ont depuis toujours reconnu l'importance jouée dans l'apparition des phlyctènes oculaires par le terrain lymphatique.

Mais la place la plus importante, dans l'étiologie des kérato-conjonctivites phlycténulaires revient sans doute à la Tuberculose.

La Tuberculose est en effet, le gros sujet de discussion.

Pour TERRIEN, les kératites phlycténulaires doivent faire systématiquement penser à la Tuberculose. Cet auteur trouve chez les phlycténulaires que la réaction à la tuberculine se montre presque toujours positive (96 %). Pour lui, la kérato-conjonctivite phlycténulaire devait être considérée comme une réaction allergique du globe oculaire à la faveur d'une sensibilisation spéciale de ses tissus, sorte de réaction locale d'un état général spécifique. Ainsi s'expliqueraient : sa ténacité, la fréquence des récives.

Pour la défense de la théorie tuberculeuse on a trouvé des arguments :

1) dans les antécédents héréditaires des phlycténulaires.

2) dans le passé et le présent des malades eux-mêmes.

3) dans la radioscopie ou la radiographie de leur cage thoracique.

4) dans les épreuves de laboratoire.

tour à tour, nous allons passer en revue ces différents points.

Antécédents héréditaires

« WEEKERS a recherché dans les antécédents héréditaires chez 156 enfants et 58 adultes, atteints de kérato-conjonctivite phlycténulaire : dans 56 % des cas chez l'enfant, dans 48 % chez l'adulte, il a trouvé des manifestations nettes de Tuberculose chez les ascendants.

COHEN, pour 123 adultes donne le chiffre de 63 %.

STEPHENSON et JAMIESON, d'après l'étude de 20 cas, trouvent un pourcentage de 75 % » (LOISON).

Nous avons trouvé chez 9 de nos 12 malades, des antécédents héréditaires de Tuberculose pulmonaire.

Tous ces chiffres sont évidemment importants.

Examen clinique et étude des antécédents personnels

« WEEKERS, examinant 156 enfants, trouve dans 36 % des cas des manifestations nettes de Tuberculose ganglionnaire osseuse ou cutanée.

Par contre, les signes somatiques positifs de Tuberculose pulmonaire sont fort rares, semble-

t-il, et l'on voit signalée seulement comme symptôme de bacillose hilare, une matité rétrosternale dénotant une hypertrophie des ganglions bronchiques.

Les opinions actuelles sur l'adénopathie trachéo-bronchique ont bouleversé de fond en comble notre conception du tableau clinique classique de cette affection, il n'est plus permis aujourd'hui de poser ce diagnostic sur ce simple signe trouvé insuffisant, sinon inexistant.

Autrement dit, la lecture des travaux de WEEKERS montre que, chez ces enfants, il n'existe guère de signes stéthoscopiques, ni de percussion de Tuberculose ganglio-pulmonaire, chez l'adulte le pourcentage ne serait que de 27 %.

Chez l'enfant, IGERSEIMER, en 1910, trouve un chiffre de 29 %, ROSENHAUCH par les seuls moyens cliniques ordinaires d'exploration, le porte à 40 %, STEPHENSON et JAMIESON élèvent ce pourcentage à 50 %.

Pour appuyer la valeur de ces différents pourcentages, on a parfois recherché chez les jeunes enfants l'instabilité thermique si fréquente chez les bacillaires.

HANS STADLER a trouvé dans 31 cas sur 84, de la fièvre, mais, ajoute WEEKERS, sans donner d'indications sur le degré de cette hyperthermie, ni sur la façon dont elle a été mesurée. WEEKERS fait remarquer qu'il paraît difficile, dans la pratique, d'utiliser cette unique donnée en faveur d'une Tuberculose ganglionnaire, et que, chez les enfants

assez âgés atteints de phlyctènes oculaires, on ne décèle pas habituellement de la fièvre » (LOISON

Examen radiologique

« Depuis longtemps les auteurs ont insisté sur l'importance de l'examen radiologique chez les phlycténulaires, c'est ainsi qu'en 1910, d'AYRENS, à la radioscopie, constate, dans 88 % des cas, une Tuberculose pleurale ganglionnaire ou pulmonaire.

RONER, à un Congrès d'ophtalmologistes rhénans, à Dusseldorf en 1922, déclare qu'il a trouvé, dans tous les cas de la Tuberculose ganglio-pulmonaire.

A la même époque, dans un travail très documenté WEEKERS en collaboration avec J. COLMANS, étudie l'aspect radiologique de 50 phlycténulaires, WEEKERS estime que :

1) Tous présentent de l'adénopathie trachéo-bronchique.

2) 94 % ont des lésions ganglionnaires en activité.

3) 6 % ont des lésions ganglionnaires calcifiées ou guéries, ce dernier pourcentage n'englobant que des sujets adultes.

Or, depuis cette époque, à la suite des travaux de DELHERM, d'ARMAND DELILLE et LESTOCQUOY, de RIST et de nombreux autres auteurs, on écarte toute complaisance d'interprétation. On exige la radioscopie avec la radiographie, de face et de profil. C'est ainsi que l'on s'est rendu compte des erreurs du passé. Beaucoup de lésions dites ganglionnaires ap-

partiennent en réalité à des lésions du parenchyme pulmonaire.

Le diagnostic des ombres hilaires a acquis une grande exactitude l'adénopathie trachéo-bronchique est devenue rare, l'infiltration tuberculeuse péri-hilaire beaucoup plus fréquente.

C'est justement l'étude du hile qui a donné naissance à la notion moderne des guérisons fréquentes des Tuberculoses de la première et de la seconde enfance.

Aussi les études récentes de la kérato-conjonctivite phlycténulaire se basant sur la transformation des idées que nous venons de signaler, doivent être tenues plus en considération.

STADLER, en 1926, examine sous toutes les incidences possibles à la simple radioscopie, 100 phlycténulaires de tout âge, il découvre chez 83 d'entre eux des signes certains de Tuberculose ganglio-pulmonaire, 11 cas sont douteux, 6 seulement sont négatifs.

Enfin, l'an dernier, WORINGER a trouvé chez des sujets de moins de six ans, une forte augmentation des ganglions hilaires ».

Réactions de Laboratoire

« Parmi toutes ces réactions, la plus importante incontestablement, pour la recherche de la Tuberculose, reste la cuti-réaction à la tuberculine.

Connaissant l'intérêt doctrinal qu'elle présente chez les tout jeunes enfants, pour dépister une imprégna-

tion bacillaire, de nombreux auteurs ont cherché la preuve de la nature tuberculeuse de la kérato-conjonctivite phlycténulaire dans la positivité de la cuti-réaction.

Dans les cas que nous avons personnellement observés, la cuti-réaction a toujours été positive.

Dans la Bibliographie on trouve déjà que LEBER en 1909, estime que 75-80 % des phlycténulaires sont des tuberculeux, ROSENHAUCH en 1910 donne le chiffre de 94, BERNARDSKI en 1912, va jusqu'à 100 %, à la même époque le Professeur F. TERRIEN trouve 93,75 %; et P. WORINGER, tout récemment, un taux sensiblement analogue de 85 %.

WEEKERS, dont les recherches remontent à 1909, publie en 1922 d'après les statistiques de MARFAN et de CALMETTE, les chiffres suivants :

	Phlycténulaires	Non phlycténulaires	
		d'après MARFAN	d'après CALMETTE
1-5 ans	90 %	38 %	55 %
5-10 ans	92 %	64 %	77 %
10-15 ans	88 %	82 %	—
Moyenne	90 %	61 %	—

Par contre, chez l'adulte, WEEKERS pour 58 cas, n'a trouvé que 55 % de cuti-réactions positives. Ces chiffres sont éloquentes par eux-mêmes.

Tous s'accordent de plus, pour déclarer la réaction cutanée particulièrement intense, et la réaction phlycténulaire locale y est loin d'être exceptionnelle.

Il est banal de dire que les réactions faibles ou nulles s'observent surtout au cours des accidents ai-

gus avec anergie et manque de résistance de l'organisme à l'évolution progressive, que les réactions intenses se voient chez ceux qui ont un bon état général, qui sont florides, dont la Bacillose est latente, larvée, fibreuse, ou peu envahissante.

Plus particulièrement ROBERT DEBRÉ estime qu'une réaction papulo-vésiculeuse précoce indique une imprégnation tuberculeuse récente ou grave.

L'intensité des réactions observées indiquerait donc ici que la kérato-conjonctivite phlyctunélaire serait une des manifestations très précoces de l'imprégnation bacillaire, et tout naturellement, il vient à l'esprit d'établir leur rapprochement entre l'érythème noueux et la kérato-conjonctivite phlycténulaire. Ces deux affections seraient une manifestation de la sensibilisation tuberculinique de l'allergie tuberculeuse » (LOISON).

CLINIQUE

Dans nos 12 observations l'allure clinique symptomatique a été toujours sensiblement identique, c'est du reste la même que l'on retrouve dans les descriptions classiques, aussi la prendrons-nous pour type.

C'est une forme bénigne évoluant en 2-3 semaines vers la guérison pouvant présenter des récurrences fréquentes, ne laissant au niveau de la cornée qu'une petite taie cicatricielle. Son pronostic fonctionnel ultérieur est excellent. Elle ne gêne pas la vision.

Après cette forme typique nous dirons quelques mots des principales modalités cliniques.

C'est dans des circonstances différentes que l'on peut être appelé à voir une kératite phlycténulaire.

C'est tantôt un jeune enfant en apparence bien portant qui est amené à consulter pour des troubles oculaires; tantôt au contraire la kératite phlycténulaire apparaît chez un enfant scrofuleux, ou encore comme c'est le cas dans nos 12 observations personnelles du Service de M. Etienne BERNARD, ce sont des enfants tuberculeux certains chez qui les manifestations oculaires font leur apparition.

Quoi qu'il en soit, la kérato-conjonctivite phlycténulaire en tant qu'entité morbide isolée, indépen-

damment du terrain sur lequel elle apparaît, se présente toujours avec une symptomatologie nette, précise.

En général, dans la forme la plus fréquente, il s'agit d'un jeune enfant, le plus souvent une fillette.

Dès le début, c'est la symptomatologie fonctionnelle qui attire l'attention; deux signes majeurs sont à constater :

- la photophobie d'une part,
- le larmolement d'autre part.

Et ces deux signes sont surtout marqués lorsque la cornée est intéressée.

Il est des cas, cependant, où les manifestations fonctionnelles étant discrètes ou n'attirant pas suffisamment l'attention (enfant très jeune), c'est l'apparition de la conjonctive qui constitue le premier symptôme clinique.

A la période d'état l'enfant se présente redoutant et évitant la lumière. Les paupières peuvent être plus ou moins contractées. Remarquons que la disproportion entre le peu d'étendue des lésions et l'intensité des phénomènes réactionnels peut être quelquefois considérable.

Une telle symptomatologie fonctionnelle fait penser à la possibilité d'une kératite phlycténulaire dont l'examen physique va faire le diagnostic.

Dans la plupart des cas, il faut recourir à l'écartement forcé manuel des paupières pour constater les lésions.

L'examen objectif sera toujours très prudent afin de ne pas traumatiser la cornée.

Les lésions conjonctivo-cornéennes sont caractéristiques.

Sur un point du limbe on trouve une ou plusieurs petites élevures rouges, coniques, de la grosseur d'un grain de millet. La conjonctive est hyperémiée à ce niveau et l'injection essentiellement circonscrite revêt une forme triangulaire caractéristique à sommet dirigé vers le centre de la cornée et à base périphérique.

Telle est la kérato-conjonctivite phlycténulaire dans sa forme la plus typique, mais à côté de celle-ci, il en est d'autres modalités cliniques suivant le nombre, le volume, le siège et les variétés d'évolution de la phlyctène.

1° *La forme miliaire* : les phlyctènes sont d'une petitesse extrême et leur nombre est considérable. Les phénomènes réactionnels sont toujours très accusés.

2° *La kératite en bandelette* : dans cette forme on voit l'ulcère se cicatriser par sa moitié externe et progresser par sa moitié interne infiltrée. Infiltration et ulcération s'avancent vers le centre de la cornée suivies de vaisseaux de nouvelle formation qui finissent par former une véritable bandelette. Après guérison il persiste une tache à forme allongée.

3° *La kératite pustuleuse*, rare, la phlyctène volumineuse creuse en profondeur et perfore la cornée.

Il faut savoir cependant que ces formes malignes

sont rares et que ce qu'on observe pratiquement toujours au cours de la Tuberculose c'est la forme prise pour type de description.

Quelle que soit la forme de kératite phlycténulaire en question, on terminera toujours l'examen en faisant le bilan complet du malade : examen de l'œil du côté opposé; on cherchera et on examinera les zones ganglionnaires, on palpera les ganglions cervicaux, sous-maxillaires, carotidiens, axillaires; on cherchera attentivement l'existence possible d'une micropolyadénopathie. Au cours de cet examen on aura bien soin de savoir distinguer l'adénopathie lésionnelle (prétragienne), de l'adénopathie tuberculeuse générale.

On examinera surtout *l'appareil pleuro-pulmonaire* car nous savons l'importance majeure des lésions pulmonaires dans les kérato-conjonctivites phlycténulaires.

C'est ainsi que certains auteurs en passant systématiquement à la radioscopie des enfants porteurs de kératites phlycténulaires ont trouvé huit d'entre eux atteints indiscutablement de Tuberculose pulmonaire; un présentait un lymphome tuberculeux et est mort ultérieurement de méningite tuberculeuse; huit autres petits malades étaient radiologiquement de vrais tuberculeux pulmonaires (LOISON, *Thèse de Lille*, observations personnelles).

Dans nos 12 observations, nous ne nous sommes pas servi de la radiographie au point de vue diagnostic, étant donné que nous étions dans un Service de Phti-

siologie et que tous les malades étaient des Tuberculeux certains, mais la radiographie nous a été une aide précieuse pour situer l'apparition de la *kératite phlycténulaire dans le cadre des différents stades de l'infection tuberculeuse*, dans nos 12 cas personnels, les manifestations oculaires ont été observées dans les six mois qui ont suivi l'apparition des signes thoraciques au cours de la période dite primo-secondaire de la Tuberculose.

Nous nous sommes, à dessein, un peu étendu sur l'examen pulmonaire surtout radiologique, au cours de l'examen général de tout phlycténulaires, mais nous voulions y insister étant donné l'énorme importance de cet examen, ainsi que nous venons de le voir.

Et pour revenir à notre étude clinique, une fois examinés les poumons et les zones ganglionnaires, on fera le bilan de la courbe de poids du petit malade. Dans nos 12 observations personnelles la courbe de poids s'est toujours améliorée. *On recherchera le bacille de Koch*, dans le liquide de tubage gastrique, dans les selles et si possible dans les crachats, on fera un examen direct, un examen après homogénéisation, parfois une inoculation au cobaye sera nécessaire.

On n'oubliera pas avant de finir l'examen d'étudier la courbe thermique, dont l'importance est capitale, l'anorexie, l'asthénie, le degré d'anémie.

Enfin on terminera toujours en faisant une cuti-réaction à la tuberculine, au besoin une intradermo-

réaction, elle se montre si fréquemment, si intensément positive, qu'elle semble indiquer l'imprégnation récente de l'organisme.

L'importance de la cuti-réaction a été mise en évidence depuis longtemps, SCHUTZ et VIDEKY, en 1908, la même année DERBY obtient 88 % de cuti positives, CURT COHEN 63 %. En 1909, WEEKERS obtient 51 cuti-réactions positives sur 58 enfants phlycténulaires. En 1910, d'AYREX, dans 170 cas observés par lui, sur 143 intradermo ou cuti-réactions a obtenu 128 résultats positifs. La même année ROSENHAU, 40 %. Puis des années plus tard, étudiant cette même question, PIERRET, BRETON et LOISON, dans 24 cas observés ont eu 23 cuti-réactions positives à la tuberculine (soit 95,8 %).

Chez les douze malades qu'il nous a été donné d'observer dans le service de Phtisiologie de notre Maître M. le Docteur Etienne BERNARD, la cuti-réaction était dans tous les cas positive, presque toujours fortement positive, voire phlycténulaire.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Rapidement la douleur provoquée par l'ulcération augmente, elle devient très vive particulièrement la nuit, puis, l'ulcération s'affaïsse, la vascularisation augmente et après 2-3 semaines tout disparaît. L'évolution dure donc 2-3 semaines, mais les récides sont la règle; avant même que l'ulcération soit cicatrisée des nouvelles phlyctènes apparaissent sur le limbe ou la cornée, et l'affection en particulier chez les enfants lymphatiques et infectés peut durer des mois et même des années.

Lorsque la cornée n'a pas été intéressée, il ne persiste aucune trace, dans le cas contraire l'ulcération laisse une taie légère qui gêne peu la vision, mais le pronostic fonctionnel est excellent.

Quant aux complications, telles que la perforation de la cornée, le pannus scrofuleux, sont rares. La kérato-conjonctivite phlycténulaire évolue en général vers la guérison sans complications. En ce qui concerne nos douze observations, la guérison a été la règle sans complications. Seule dans une de nos observations on a pu trouver une kératite phlycténulaire avec œdème et eczéma palpébral. Par ailleurs nous avons constaté des récides dans quatre de nos observations. Dans un cas l'atteinte a été bilatérale.

Le pronostic des lésions oculaires est, comme nous venons de le voir, en général bon, mais ce qui importe surtout, c'est le terrain sur lequel survient la kératite phlycténulaire; il faudra toujours tenir compte du bilan complet de l'enfant et en particulier des éléments de pronostic; examen clinique et radiologique de l'appareil pleuro-pulmonaire; suivre les courbes de poids et de température; examiner attentivement les zones ganglionnaires; rechercher surtout les bacilles de Koch, et enfin pratiquer chez tous ces malades une cutiréaction à la tuberculine.

Différents auteurs ont constaté que la kérato-conjonctivite phlycténulaire se voit dans les formes de Tuberculose qui sont habituellement d'un pronostic favorable.

Quant à nos malades du Service de notre Maître, M. Etienne BERNARD, comme ils ne sont suivis que depuis huit mois, il ne nous est pas encore permis d'avoir un critérium ferme, néanmoins, il nous paraît déjà intéressant de signaler que chez eux on a constaté une amélioration de la Bacillose pulmonaire, ainsi qu'en témoignent la courbe de poids, de température, la bacilloscopie et l'examen radiographique des poumons.

Nous voulons aussi remarquer que, parmi les 132 adultes hospitalisés dans le Service, nous n'avons relevé aucun cas de kératite phlycténulaire, toutes ont été observées chez les enfants. Par ailleurs, parmi les enfants ayant succombé à des formes graves de Tuberculose, aucun n'avait présenté des manifestations phlycténulaires de la cornée.

Nous terminons en disant encore une fois que le danger n'est pas au niveau de l'œil, mais au poumon, et qu'il faudra toujours surveiller de très près ces phlycténulaires dont l'avenir proche est généralement favorable, leur avenir ultérieur est en outre amélioré si l'on soigne judicieusement le tempérament de base (lymphatique ou tuberculeux).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la kérato-conjonctivite phlycténulaire est un diagnostic qui ne présente aucune difficulté, on se rappellera en outre que l'affection se rencontre surtout chez les enfants scrofuleux et tuberculeux, et l'on recherchera s'il n'existe pas d'autres lésions.

Ce n'est que pour être complet qu'on discutera :

1° *L'épisclérite et la sclérite*, qui s'observent chez les sujets plus âgés. Le bouton de sclérite est dur, plus volumineux que la phlyctène; ne s'ulcère pas et détermine des douleurs violentes, spontanément et à la pression.

2° *La conjonctivite printannière* donne lieu à des végétations qui ne s'ulcèrent jamais.

4° *L'épithélioma du limbe* très rare et ne s'observant que chez l'adulte mérite à peine d'être mentionnée. Sa marche est très lente et il est constitué par une néoformation résistante qui ne s'ulcère que tardivement.

5° Quant aux *localisations conjonctivales de processus généraux*, comme la variole, la varicelle, l'érythème polymorphe, peuvent en imposer pour une conjonctivite phlycténulaire, mais l'étude des

symptômes généraux ou cutanés permettra le diagnostic.

Le diagnostic, nous le répétons encore, est facile, plus facile quand les manifestations oculaires surviennent chez des tuberculeux certains, du fait de la fréquence relative de la kératite phlycténulaire au cours de la bacillose.

Mais devant toute kératite phlycténulaire qui survient chez un malade apparemment sain, ce qui importe c'est la nécessité de faire un examen complet, clinique et radiologique de l'appareil pleuro-pulmonaire, cuti-réaction à la tuberculine, recherche de bacilles de Koch dans les crachats, dans le liquide de tubage gastrique ou dans les selles et surveillance étroite de ces malades par la suite.

La kératite phlycténulaire peut, en effet, être le point de départ de la tuberculose (communications de RIST, CHAILLOUS, PÉLISSIER, VALTIS, COURCOUX). En outre, on sait la fréquence des kératites phlycténulaires au cours de tuberculoses latentes, ainsi que l'ont montré LOISON, PIERRET et BRETON, d'où la valeur incontestable de l'examen clinique et radiologique des poumons chez les phlycténulaires, laquelle a déjà été signalée dans notre étude clinique.

Ce qui importe, c'est non seulement de poser le diagnostic de kératite phlycténulaire, mais de faire le bilan complet de ce malade pour rechercher la tuberculose pulmonaire, et dans un but diagnostique et pronostique à la fois.

PATHOGÉNIE

L'étude pathogénique des kératites phlycténulaires est hérissée de nombreuses difficultés et son mécanisme intime entouré d'obscurités et de contradictions. Nous passerons en revue les différentes hypothèses émises jusqu'à ce jour, avec les clartés que semblent projeter sur elles les faits récemment publiés, appuyés sur la clinique et l'expérimentation.

Et tout d'abord une première question se pose, la kératite phlycténulaire est-elle un accident primitif ou secondaire de la tuberculose ? Autrement dit, est-ce que la kératite phlycténulaire est une manifestation primitive d'une tuberculose au niveau de l'œil, tuberculose qui aurait une tendance à se généraliser par la suite ? Ou bien est-elle le résultat d'une dissémination de bacilles dans un organisme déjà antérieurement touché par la tuberculose ?

1. — Certains auteurs pensent que l'infection tuberculeuse par voie oculaire (kérato-conjonctivite point de départ) est possible, et ils se basent sur des expériences faites chez le cobaye ; en effet, chez cet animal, l'instillation d'une goutte d'émulsion virulente par la voie intra-oculaire a pour résultat de provoquer des lésions locales qui s'étendent ensuite

aux viscères par les voies lymphatiques et sanguines et reproduisent finalement le tableau anatomo-pathologique de l'infection par voie sous-cutanée. Cliniquement, PÉLISSIER et VALTIS, en 1928, dans la *Revue de la Tuberculose*, publient l'observation d'un enfant de 8 ans qui, à la suite d'une plaie traumatique de l'œil a fait une kérato-conjonctivite tenace et un mois après le début clinique de cette kérato-conjonctivite, une tuberculose commence à évoluer. JACQUEROD, dans le *Bulletin Médical de Leysin*, publie le cas d'un étudiant en médecine qui reçoit du pus tuberculeux dans l'œil et, quatre mois plus tard, fait une tuberculose du sommet correspondant au côté de l'infection oculaire primitive.

Par ailleurs, dans la *Revue de la Tuberculose* 1928, COURCOUX signale une infection tuberculeuse à porte d'entrée oculaire mais ne signale pas que la lésion oculaire soit strictement une kératite ou une conjonctivite phlycténulaire.

En 1923, et dans la *Revue de la Tuberculose* aussi, RIST publie un cas de tuberculose primitive de la conjonctive chez un enfant de 7 ans, mais il n'est pas non plus fait mention des lésions de kératite phlycténulaire.

2. — Cependant, la grande majorité des auteurs sont d'accord pour affirmer que la kérato-conjonctivite phlycténulaire apparaît presque toujours comme secondaire évoluant sur un terrain tuberculeux, et que même lorsqu'elle se présente comme une manifestation isolée dans un organisme qui paraît

indemne de toute autre localisation de l'infection tuberculeuse, elle est en réalité secondaire à une primo-infection non oculaire et une recherche préalable s'impose, celle du complexe primaire (Henri LAGRANGE). Dans un organisme tuberculisé la dissémination des bacilles se traduit par une série de déterminations tuberculeuses parmi lesquelles il faut signaler entre autres la kérato-conjonctivite phlycténulaire. La phlyctène résulterait de l'action irritante de la toxine fabriquée à distance dans un foyer tuberculeux et amenée par voie endogène jusqu'à la conjonctive. C'est LEBER qui le premier a pensé à la possibilité de l'origine endogène de la kérato-conjonctivite phlycténulaire. Il considérait la phlyctène comme une Tuberculose atténuée, arrêtée en quelque sorte au stade d'évolution et il pensait qu'elle était produite par les toxines adhérentes des bacilles peu résistants ou peu nombreux qui auraient succombé à la réaction de défense de l'organisme. D'après sa conception, LEBER faisait entrer la kérato-conjonctivite phlycténulaire dans le cadre des tuberculides créées par DARIER, lequel groupait sous ce nom une série de dermatoses très disparates en apparence mais dont les relations avec la Tuberculose étaient attestées par les caractères suivants : « Les tuberculides, dit-il, s'associent fréquemment entre elles chez un même sujet et coexistent très souvent avec des manifestations tuberculeuses ganglionnaires, osseuses, séreuses, viscérales ou cutanées, ou bien il y a des antécédents bacillaires chez les malades ou en-

core ceux-ci se révèlent tuberculeux par la suite. Dans les tuberculides on ne trouve généralement pas de bacilles de Koch, l'inoculation de leur tissu au cobaye est ordinairement négative ; toutefois on a constaté des exceptions à cette règle, ce qui atténue la valeur démonstrative des résultats négatifs habituels. L'épreuve de la tuberculine est très souvent, mais non constamment positive dans les tuberculides ».

Quoi qu'il en soit, à l'heure actuelle, il est vraisemblable que la phlyctène est une manifestation tuberculeuse ou se développant sur un terrain tuberculeux et favorisée par une infection, en particulier par le staphylocoque, et à ce titre on comprend le rôle joué par l'impétigo de la face, et à côté du staphylocoque toute irritation mécanique, chimique ou microbienne, pourra chez un sujet tuberculisé, provoquer un apport de tuberculine suffisant pour agir d'une manière spécifique sur une conjonctive sensibilisée du fait de l'infection générale. La kérato-conjonctivite phlycténulaire devrait donc être considérée comme une réaction allergique du globe oculaire à la faveur d'une sensibilisation spéciale de ses tissus, sorte de réaction locale d'un état général spécifique. Ainsi s'expliqueraient sa ténacité, la fréquence des récurrences, ainsi que la disproportion entre la réaction et la lésion.

CONCLUSIONS

Nous avons pu étudier dans un service de tuberculeux (Salpêtrière) douze enfants atteints à la fois de Tuberculose Pulmonaire et de kérato-conjonctivite phlycténulaire. De l'étude que nous avons faite peuvent se dégager les conclusions suivantes :

La symptomatologie de la kérato-conjonctivite phlycténulaire est aujourd'hui bien connue, de même que son évolution (rechutes fréquentes) et son pronostic (bénin).

Les travaux de ces dernières années ont attiré l'attention sur la nature tuberculeuse très fréquente de la kérato-conjonctivite phlycténulaire.

Nos observations nous permettent de situer cette entité clinique par rapport aux stades évolutifs de l'infection tuberculeuse.

L'absence d'adénopathie satellite, l'existence d'un complexe ganglio-pulmonaire concomitant, la notion fréquente (10 fois dans nos cas) d'une précession de signes thoraciques sur les signes oculaires permettent de rejeter l'hypothèse d'une primo-infection au niveau de l'œil; sans doute la primo-infection

oculaire existe telle que des observations démonstratives le prouvent, mais ces faits sont rares et ne se traduisent pas toujours par des lésions de kérato-conjonctivite phlycténulaire.

L'absence d'ulcération nécrotique, une évolution de durée relativement courte, avec, dans la règle, une rétrocession totale permettent d'éliminer ce qu'on appelle des lésions de tuberculose tertiaire, d'autant plus que les faits nous montrent que la kérato-conjonctivite phlycténulaire survient en général dans un délai court après l'apparition du complexe ganglio-pulmonaire.

Tout plaide en faveur d'une lésion survenant au moment de la période secondaire, ou primo-secondaire comme on dit actuellement, notamment le caractère labile des lésions oculaires et la notion de symptômes pulmonaires concomitants qui se présentent radiologiquement sous l'aspect des lésions qu'on est habitué à considérer comme des lésions de primo-infection.

La kérato-conjonctivite phlycténulaire est rare chez l'adulte et notamment dans un Service de tuberculeux pulmonaires chroniques on n'en observe pour ainsi dire jamais.

La notion de primo-infection tardive survenant chez l'adolescent ou chez l'adulte jeune a-t-elle permis de montrer des cas de kératites phlycténulaires signant en quelque sorte le début spectaculaire de la tuberculose ainsi qu'on l'a observé pour l'érythème noueux ? Il ne le semble pas; la kérato-conjuncti-

vite phlycténulaire étant surtout une affection de l'enfant, de l'enfant jeune (8 cas au-dessous de trois ans et demi dans nos observations), mérite à ce titre d'être mise sur le même plan que les lésions dites scrofuleuses.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
F. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- AYRES S.-C. — Phlyctenular conjunctivitis. (*Cincin. Lancet Clin.* 1901, p. 528-530.)
- BRETON. — Adénopathie trachéo-bronchique. (*Echo Méd. du Nord*, 10 janvier 1931.)
- BUENAFONTANA URIARTE. — Querato-conjunctivitis flictenular. (*Revista de Tisiol. Pract.* I : 152-154, aug. 35.)
- CALMETTE. — L'infection tuberculeuse (1920).
- CASPARIS. — Kerato-conjunctivitis phlyctenular, its etiology and treatment. (*Am. J. Dis. Child*, nov. 1927, p. 779).
- COURCOUX. — L'infection tuberculeuse par l'œil et présentation de calcifications ganglionnaires à propos de la communication de MM. Péliissier et Valtis. (*Revue de la Tuberculose* 1928, p. 123.)
- D'AYRENS. — Ophtalmie phlycténulaire et terrain tuberculeux. (*Ann. d'Ocul.* 1910.)
- DRUAULT. — Sur la pathogénie de l'ophtalmie phlycténulaire, ses rapports avec la Tuberculose. (*Gaz. Méd. du Centre*, Tours, 1911, p. 149.)
- Encyclopédie médico-chirurgicale* : Vol. Pédiatrie.
- GOULFIER Ch. — Thèse de Paris (1912-1913).

LAFON Ch. — Sur la pathogénie de l'ophtalmie phlycténulaire. (*Clin. Méd. Chir. de Pathol.* Paris 1911, p. 169, 175.)

LAGRANGE H. — La tuberculose irido-ciliaire. (*Ann. d'Ocul.* Tome 170.)

— La conception de Ranke et le déterminisme des Tuberculoses oculaires. (*Ann. d'Ocul.*, T. 169., p. 876).

LAGRANGE et DELTHIL. — Les réactions allergiques de la conjonctive oculaire. (*Ann. d'Ocul.* T. 170, p. 1.009-1.030.)

LODDONI G. — Relation of phlyctenular kerato-conjunctivitis to allergy cases. (*Ann. di ottal. e clin. ocul.* Janvier 1930, p. 28-44.)

LOISON. — Kérato-conjonctivite phlycténulaire et Tuberculose pulmonaire latente chez l'enfant. (*Thèse de Lille* 1932-1933.)

LIPPINO G.-B. — Etiology of lymphatic kerato conjunctivitis. (*Ann. di ottal. e clin. ocul.* 1926, p. 1.209-1.221).

MARFAN. — La cuti-réaction. (*Presse Médicale* 1923, p. 1.025-1.069.)

— La scrofule forme spéciale de la Tuberculose. (*Paris Médical* 16 nov. 1934.)

MORAX et RIST. — Pronostic de l'infection tuberculeuse primitive de la conjonctive. (*Académie de Médecine*, séance du 19 février 1935.)

NOBECOURT. — *Pédiatrie*, vol. 4.

PATTON J. — The tubercular factor in phlyctenular keratitis. (*Med. Herald St-Joseph* 1911, XXX, 23, 27.)

PÉLISSIER et VALTIS. — Un cas d'infection tuberculeuse humaine à porte d'entrée oculaire. (*Revue de la Tuberculose* 1928, p. 118.)

PIERRET, BRETON et LOISON. — Il faut radiographier le thorax des enfants porteurs de kérato-conjonctivite phlycténulaire. (*Archives de Médecine des enfants*, tome 36, p. 393-406.)

RIST et CHAILLOUS. — Un cas de Tuberculose primitive de la conjonctive. (*Revue de Tuberculose* 1923, p. 172.)

SIWE. — Phlyctenular conjunctivitis in children, with particular reference to its relations to tuberculous infection. (*Acta Médica Scandinava*, 8-225-264, 35.)

TERRIEN F. — *Traité d'ophtalmologie*, p. 145.

— Remarques sur la Tuberculose irido-ciliaire. (*Paris Médical*, 16 février 1934.)

WEEKERS L. — Nouvelle pathogénie des phlyctènes oculaires. (*Bul. Acad. Royale Méd. de Belgique*, Bruxelles 1909, p. 577.)

— Sur la pathogénie de l'ophtalmie phlycténulaire. (*Archives opht.* Paris 1910.)

— Anatomie pathologique des phlyctènes oculaires. (*Bull. Acad. Roy. Méd. de Belgique*, Bruxelles 1910, p. 435.)

— Phlyctènes oculaires et adénopathie péri-trachéo-bronchique. (*Arch. d'Opht.* Paris 1922, p. 65-73.)

WORINGER P. — Sort des enfants ayant présenté une kérato-conjonctivite phlycténulaire. (*Paris Médical*, 7 nov. 1931, n° 45.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Historique	15
Observations personnelles	19
Etiologie	31
Antécédents héréditaires	36
Examen clinique et étude des antécédents personnels	36
Examen radiologique	38
Réactions de laboratoire	39
Clinique	43
Evolution et pronostic	49
Diagnostic.	53
Pathogénie	55
Conclusions	59
Bibliographie	63



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



